بررسی بی‌اختیاری ادراری پس از مقاربت

دکتر جهانگیر درخشان I

چکیده

بی‌اختیاری ادرار در زنان شایعتر از مردان است(۲ برابر مردان) که این مشکل در زنان مسن به علت آسیبهای زایمانی، بیماریهای حاد و مزمن، کاهش اثر استروژن و ضعف عوامل نگهدارنده لگن می‌باشد.

بی‌اختیاری ادراری به ۲ گروه عمده تقسیم می‌شود: ۱- بی‌اختیاری ادرار از طریق پیشابراه(Transurethral urinary incontinence)، ۲- بی‌اختیاری ادراری خارج از پیشابراه(Extra urethral Incontinence). علل مختلف اکتسابی و مادرزادی در پیدایش بی‌اختیاری ادرار در کتب کلاسیک زنان و اورولوژی شرح داده شده است اما بی‌اختیاری ادراری پس از مقاربت که در خانم مبتلا به فقدان مادرزادی مجرای مولر (سندرم روکی تانسکی) در نتیجه اتساع پیشابراه در اثر مقاربت ایجاد می‌شود، موردی استثنایی است که در کتب کلاسیک عنوان نشده است.

کلیدواژه‌ها: ۱ – بی‌اختیاری ادرار ۲ – مجرای مولر ۳ – سندروم روکی تانسکی ۴ – اتساع پیشابراه

مقدمه

در بی‌اختیاری ادرار از طریق پیشابراه، در مواقع خاصی بدون اراده بیمار، ادرار دفع می‌شود که شایعترین نوع آن بی‌اختیاری استرسی است(stress incontinence) در این حالت هر پدیده‌ای که موجب افزایش فشار داخل شکم شود، مثل سرفه، عطسه، خنده و ورزش. باعث دفع غیرارادی ادرار می‌گردد. عامل دیگر بی‌اختیاری، انقباض کنترل نشده عضلات مثانه(Hyper reflexia) است که در صدمات و بیماریهای سیستم عصبی مرکزی و نخاع شوکی دیده می‌شود و گاهی علت هیپررفلکسی ناشناخته (ایدیوپاتیک) می‌باشد. بی‌اختیاری ادرار همچنین ممکن است به دلیل ضعف یا عدم وجود قدرت انقباضی عضلات مثانه ایجاد شود که موجب (Over Flow incontinence) می‌گردد. گاهی اختلالات عمل پیشابراه (urethral Instability) یا ضایعات مادرزادی آن نظیر دیورتیکل موجب بی‌اختیاری ادرار می‌شود. بی‌اختیاری عملی (Functional) در بیماران ناتوان و بی‌حرکت که توانایی رسیدن بموقع به توالت را ندارند دیده می‌شود. سایر علل شامل عفونتهای درمان نشده دستگاه ادراری، داروها، اختلال شدید حواس می‌باشند که می‌توانند باعث بی‌اختیاری موقت شوند.

بی‌اختیاری ادراری خارج از پیشابراه: در این نوع بی‌اختیاری، ادرار به صورت غیرارادی و در تمام مواقع از طریق انحرافی و خارج از مجرای پیشابراه دفع می‌شود که اغلب در فیستولهای ادراری مشاهده می‌گردد. بطور کلی بی‌اختیاری ادرار یک تشخیص نیست بلکه یک علامت می‌باشد.

بیماری که در این مقاله معرفی می‌شود گزارش مورد نادری به نام سندروم روکی تانسکی (آژنزی کامل رحم و واژن) است که در این بیمار در اثر مقاربت، پیشابراه در مدت ۲ ماه به حدی اتساع یافته بود که عمل مقاربت به داخل مثانه انجام می‌شده است.

این مقاله در جامعه جراحان ایران اردیبهشت ماه ۱۳۸۰ ارائه شده است.

I) استادیار بیماریهای زنان و زایمان بیمارستان شهیداکبرآبادی، خیابان مولوی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

در شرایط عادی بیمار کنترل کامل ادرار داشت و فقط در زمان مقاربت دچار دفع غیرارادی ادرار می‌شد.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۳۰ ساله با آمنوره اولیه و فنوتیپ کاملاً زنانه بود که از سن ۱۱ سالگی صفات ثانویه جنسی داشت. رشد و تکامل پستانها، موهای زیر بغل و زهار طبیعی بود. ۷ ماه قبل از بستری شدن ازدواج کرده بود و در اولین رابطه جنسی دچار درد شدید و خونریزی شده بود که با مراجعه به کلینیک محل با بی‌حسی موضعی اقدام به دوختن پارگی و هموستاز برای وی شده بود. ۲ ماه بعد از آن رابطه جنسی کامل داشت که همراه درد قابل تحمل و دفع غیرارادی ادرار بود. ٦ ماه بعد از ازدواج به علت نازایی به متخصص زنان مراجعه کرده بود که با تشخیص فیستول وزیکوواژینال به این مرکز اعزام شد.

نتایج بررسیهای پاراکلینیکی در این بیمار عبارت بودند از: ۱- بررسیهای آزمایشگاهی: آزمایشهای هماتولوژی، بیوشیمیایی و آزمایش ادرار طبیعی گزارش شد اما در کشت ادرار 10^{5} آنتروباکتر رشد کرده بود. ۲- سونوگرافی شکم و لگن: اندازه واکوی هر دو کلیه طبیعی، فاقد سنگ و هیدرونفروز یا علائمی دال بر پیلونفریت بود. مثانه در حالت پرجدار منظم داشت، واژن به صورت یک ساختمان خطی و هیپوپلاستیک دیده شد. تخمدانها در هر دو طرف دیده شدند و نمای طبیعی داشتند. ۳- رادیولوژی: در گزارش I.V.P انجام شده، در کلیشه ساده، دانسیته حاجب در مسیر دستگاه ادراری مشهود نبود.

بعد از تزریق ماده حاجب هر دو کلیه همزمان ترشح داشتند و حدود و اندازه سیستم پیلوکالیس هر دو کلیه طبیعی بود. در مسیر حالبها ضایعه‌ای وجود نداشت. مثانه در حالت پر، دارای جدار منظم بود که پس از تخلیه اثری از باقی مانده ادرار دیده نشد. رادیوگرافی ریه‌ها نیز طبیعی بود.

در معاینه بالینی در مشاهده، بیمار فنوتیپ کاملاً زنانه داشت، معاینه فیزیکی عمومی طبیعی بود. در معاینه ژنیکولوژی نمای دستگاه تناسلی خارجی زنان طبیعی بود و در مدخل به ظاهر واژن، فقط یک سوراخ بزرگ مشاهده می‌شد که از زیر کلیتوریس تا فورشت خلفی ادامه داشت در لبه‌های این سوراخ در حالت عادی چین‌خوردگی ظریفی شبیه به حلقه بکارت وجود داشت.

در قسمت قدامی این مدخل و زیر کلیتوریس سوراخ مجرای ادراری مشاهده نمی‌شد. در قسمت خلفی و کف این مجرا اسکار ظریفی که حاصل ترمیم پارگی اولیه بود مشاهده می‌گردید. با ازدیاد فشار داخل شکم (مانور والسالوا) دفع غیرارادی ادرار دیده نشد.

با قراردادن اسپکولوم واژینال به داخل این مجرا (به ظاهر واژن) که براحتی نیز عبور کرد، در قسمت انتهایی با مقاومت عضلانی کمی روبرو شدیم که پس از عبور اسپکولوم از آن، مقدار زیادی ادرار خارج شد.

دیواره مجرا صاف و فاقد چین‌خوردگیهای طبیعی واژن (Ruga) بود. اثری از سرویکس و کولدوساکها وجود نداشت.

در معاینه با ۲ انگشت به هنگام عبور از قسمت انتهایی مجرا که احساس حلقه اقباضی می‌شد ادرار با فشار و بدون اختیار دفع گردید.

دهانه رحم و رحم در معاینه دو دستی لمس نشد اما هر دو تخمدان به خوبی قابل لمس بود. در موقع خروج انگشتان از داخل مجرا مجدداً ادرار بدون اختیار و با فشار دفع گردید.

در توشه رکتال، سرویکس و جسم رحم قابل لمس نبود. تخمدانهای دو طرف لمس می‌شد که اندازه آنها ظاهراً طبیعی بود. با توجه به یافته‌های فوق، تشخیص در نظر گرفته شده برای بیمار، اتساع تدریجی و اکتسابی پیشابراه در اثر مقاربت در بیمار مبتلا به سندروم روکی تانسکی یا عدم رشد و تکامل مجرای مولر (Mayer Rokitansky Kauser-Hauser Syndrome) بود.

به منظور درمان و جلوگیری از تکرار مقاربت از طریق پیشابراه و امکان برقراری رابطه جنسی مناسب، عمل

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

واژینوپلاستی به روش Mcindo با استفاده از پرده آمنیوس برای بیمار انجام شد.

شرح عمل: با بیهوشی عمومی و در حالی که بیمار در وضعیت ژنیکولوژی قرار داده شده بود، سوند فولی نمره ۱۸ داخل مثانه قرار داده شد و ۳۰cc مایع داخل بگ آن تزریق گردید.

برش عرضی در محل فورشت خلفی به طول حدود ۵ سانتیمتر داده شد. به علت اتساع بیش از حد مجرای ادراری و سیکاتریس خلفی آن، جدا کردن فاصله بین پیشابراه و رکتوم مشکل بود اما با دقت انجام شد. پس از ایجاد فضای مناسب (واژن جدید) و اطمینان از عدم خونریزی قالب (Mold) با پوشش آمینون داخل حفره ایجاد شده قرار داده شد و لبهای ولوو به منظور جلوگیری از دفع قالب به هم دوخته شد، ۲ هفته بعد از عمل بخیه‌های ولوو باز و قالب خارج گردید که حفره جدید واژن عمق و قطر مناسب داشت.

آموزش لازم برای جلوگیری از ایجاد تنگی واژن با استفاده از دیلاتاتور مناسب به بیمار داده شد.

۲ ماه بعد از عمل، رابطه جنسی منظم برقرار شد و استفاده از دیلاتاتور به هنگام شب توصیه گردید. در حال حاضر بیمار بی‌اختیاری ادراری نداشته و دیسپارونی قابل تحمل دارد.

بحث

وقفه کامل در رشد مجرای مولر از زمان جداشدن آن از اپیتلیوم سلومیک (هفته پنجم جنینی) تا زمان اتصال آن به سینوس یوروژنیتال (هفته هشتم جنینی) منجر به عدم تشکیل رحم و واژن می‌شود که تحت عنوان Mayer – Rokitansky kauser – Hauser syndrome نامیده می‌شود. برای این سندرم، اصطلاح آپلازی یا دیسپلازی مجرای مولر مناسب‌تر است، زیرا قسمت تحتانی واژن که منشاء سینوس یوروژنیتال دارد، اغلب طبیعی است و ۱/۳ میانی و فوقانی واژن تشکیل نشده است، رحم وجود ندارد یا به صورت ابتدایی (rudimentary) مشاهده می‌شود. لوله‌های رحم و تخمدانها اغلب وجود دارند و فعالیت هورمونی تخمدانها طبیعی است(۱) به همین دلیل بعد از بلوغ صفات ثانویه جنسی مانند زنان طبیعی بروز کرده اما اغلب به علت عدم قاعدگی (آمنوره اولیه) یا مشکلات بعد از ازدواج (عدم توفیق در رابطه جنسی یا ترومای دستگاه تناسلی خارجی و خونریزی حاصل از آن)به پزشک مراجعه می‌کنند.

باید توجه داشت که در صورت فقدان اثر آندروژنها در جنین به علت وجود گنادهای با دیس‌ژنزی یا بیضه طبیعی، سینوس یوروژنیتال به شکل مونث رشد کرده و حتی با وجود فاکتور مردانه در جنین و تاثیر آن اتصال Scroto-Labial fold ممکن است موجب مخفی شدن واژن یا وقفه کامل آن شود(۲).

محل اتصال واژن به سینوس یوروژنیتال اغلب و همیشه در قسمت کودال Caudal سینوس است. این قسمت در مردان ناحیه مامبرانو مجرای ادرار و در زنان وستیبول را می‌سازد.

واژن هرگز به قسمتی که بعد مجرای پروستاتیک در مردان یا کل مجرای ادرار در زنان را می‌سازد، متصل نمی‌شود به همین دلیل در دوجنسیهای مبتلا به نقائص دستگاه تناسلی بی‌اختیاری ادرار بطور نادر دیده می‌شود(۱). مجرا ادرار در هفته ۸ تا ۱۲ جنینی از قسمت کودال سینوس یوروژنیتال پس از جداشدن از واژن ایجاد می‌شود.

با توجه به رشد قسمت تحتانی واژن در سندروم روکی تانسکی، اغلب حفره کوتاهی در محل واژن وجود دارد که می‌توان با اتساع تدریجی آن عمق و قطر مناسب ایجاد نمود که رابطه جنسی امکان‌پذیر شود.

Frank در سال ۱۹۸۳ اقدام به اتساع تدریجی به روش اکتیو نمود و در ۱۹٤۰ نتیجه رضایت‌بخشی را منتشر کرد. Ingram روش اتساع پاسیو را ابداع نمود که امروزه مورد توجه و استفاده می باشد. در این روش در مجموع ۱۹ عدد دیلاتاتور با طول و قطر مختلف ساخته شده است که به ترتیب شماره، استفاده می‌شود و چگونگی استفاده از آنها به بیمار آموزش داده می‌شود.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

هر دیلاتاتور به وسیله کمربندی ثابت می‌شود و بیمار پس از قرار دادن آن در داخل حفره واژن روی صندلی دوچرخه با تمایل به جلو به مدت ۲ ساعت می‌نشیند. سپس به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه استراحت کرده و مجدداً روی صندلی یا زین دوچرخه می‌نشیند.

معمولاً هر ماه دیلاتاتور ۱ شماره بزرگتر انتخاب می‌شود. ۱ الی ۲ ماه پس از استفاده از آخرین شماره آن، رابطه جنسی توصیه می‌شود.

میزان موفقیت این روش ۸۰٪ است. در صورتی که با این روش توفیق کامل حاصل نشد یا اصلاً حفره واژن وجود نداشته باشد، اقدام به استفاده از روشهای جراحی می‌شود که متداولترین و موثرترین روش جراحی عمل Mc Indoe می‌باشد.

Abbe-Wharton-Mc Indoe operation(۱و ۳) این روش بیشتر تحت نام Mc indoe مشهور است. در این عمل فضای مناسب بین رکتوم و مثانه ایجاد می‌شود و به منظور جلوگیری از چسبندگی و تنگی، به وسیله گرافت پوستی پوشش می‌شود. ابتدا split thickness graft از ناحیه کفل و معمولاً از ۲ طرف برداشته می‌شود.

برای حفظ زیبایی نباید گرافت را از رانها یا ناحیه مفصل ران برداشت. گرافت باید ضخامت ۰/۰۱۸ اینچ و عرض ۸ تا ۹ سانتیمتر و طول ۱۶ تا ۲۰ سانتیمتر داشته باشد. گرافت کمی ضخیمتر بهتر از گرافت خیلی نازک است.

پس از تهیه، گرافت بین ۲ لایه گاز مرطوب قرار داده می‌شود و با قرار دادن گاز وازلین استریل روی محل برداشت گرافت، بانداژ فشاری به منظور هموستاز انجام می‌گردد.

۷ روز بعد بانداژ برداشته شده و گاز استریل در محل باقی می‌ماند. رطوبت گاز به وسیله جریان هوای سرد، خشک می‌شود.

پس از ترمیم اپی‌تلیوم گاز خودبخود می‌افتد. پس از تهیه گرافت، بیمار در وضعیت ژنیکولوژی قرار گرفته و با ایجاد برش عرضی در ناحیه وستیبول در حالی که سوند فولی داخل مثانه قرار داده شده است و یک انگشت داخل رکتوم قرار دارد با انگشتان دست دیگر فضای بین رکتوم و مثانه براحتی جدا می‌شود تا زیر پریتوان جداسازی انجام شود. هموستاز دقیق و کامل باید صورت گیرد چون هر گونه خونریزی منجر به بلندشدن و نکروز گرافت و در نتیجه ایجاد نسج جوانه‌ای و چسبندگی خواهد شد.

برای جلوگیری از تنگی بعدی مدخل واژن جدید، قسمتی از عضله پوبور کتالیس در ۲ طرف بریده می‌شود. این عمل بخصوص در دو جنسیهای کاذب مذکر که لگن آندرونید دارند، مفید است.

گرافت پوستی روی قالب (Mold) مناسبی که تهیه شده است قرار می‌گیرد و در صورتی که ۲ یا چند قطعه باشد به وسیله نخ کرومیک ۵ صفر به هم دوخته می‌شود بطوری که باید تمام سطح قالب پوشانده شده باشد.

مهارت و دقت کافی در موقع قرار دادن قالب به داخل واژن لازم است تا مانع جمع شدن یا پاره‌شدن گرافت گردد و پس از قرار دادن گرافت داخل واژن جدید، لبه‌های پوست و ناحیه مدخل واژن به لبه‌های گرافت دوخته می‌شود و برای نگهداری قالب در داخل واژن، لبهای ولوو با نخ سیلک صفر یا ۲ صفر به هم دوخته می‌شود برخی سوند سوپراپوبیک برای تخلیه مثانه تا زمان دفع راحت ادرار را توصیه می‌کنند اما ما از سوند فولی نمره ۱۴، تا ۴۸ ساعت اول بعد از عمل که بیمار استراحت کامل دارد استفاده کردیم.

۱ هفته بعد از عمل بخیه‌های سیلک ولوو باز و قالب واژن خارج می‌گردد. داخل واژن با سرم فیزیولوژی گرم شستشو و آموزش لازم برای استفاده از قالب مناسب و طرز شستشو به بیمار داده می‌شود.

قالب واژن تا ۶ هفته بطور مداوم باید استفاده شود و فقط در موارد دفع مدفوع یا ادرار خارج می‌شود تا مدت ۱ سال قالب باید در طول شب استفاده گردد.

بعد از آن در صورتی که رابطه جنسی نداشته باشد بطور متناوب باید مورد استفاده قرار گیرد. میزان موفقیت در عمل Mc indoe ۸۰ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است. از

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

عوارض این عمل فیستولهای مختلف (٤٪) از جمله یورترووواژینال، وزیکوواژینال و رکتوواژینال، خونریزی حین و بعد از عمل، عفونت، تنگی و ایجاد نسج جوانه‌ای می‌باشد.

استفاده از پرده آمنیون به جای گرافت پوستی از روشهایی است که به تازگی انجام می‌شود. این روش برای بیمار بسیار راحت‌تر و برای جراح نیز آسانتر است اما ایجاد تنگی و چسبندگی بعد از عمل شایع می‌باشد.

استفاده از دیلاتاتور و به کار بردن منظم آن بیش از ۱ سال ضروری است. بیمار ما علیرغم رابطه جنسی منظمی که ۲ ماه بعد از عمل داشت و تا ٦ ماه بعد از عمل نیز در این کار موفق بود به علت قطع ارتباط و عدم استفاده از دیلاتاتور ۹ ماه بعد از عمل دچار چسبندگی و انسداد واژن شد بطوری که ناچار به عمل مجدد و استفاده از فلاپ پوستی از ناحیه لبهای بزرگ شدیم.

در مواردی که از گرافت پوستی استفاده شده بود میزان موفقیت و نتیجه عمل بسیار بهتر بوده است و در ٥ مورد عمل با گرافت، موفقیت ۱۰۰٪ و رضایت بیماران کامل بوده است.

منابع

1- John A., Rock MD., John D., Thompson MD., Te lindes Operative-Gynecology. 8 th Ed-Philadelphia. Lippincott-Raven,1997, PP: 687-702.

2- Eli Y., Adashi MD., John A., Rock MD., Zev rosen waks MD., Reproductive Endocrinology, surgery and technology. 1 st ed., Volume 1., Philadelphia-Lippincott-Raven 1995, PP: 67-72.

3- Donald R., Ostergard MD., Micheal L., Berman MD., Bill Yee MD., Atlas of Gynecologic surgery 1 st ed., Philadelphia, Saunders, 2000, PP: 200.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

STUDY OF URINARY INCONTINENCE AFTER COITUS

J. Derakhshan, MD [I]

ABSTRACT

Urinary incontinence is a particular medical problem for women, because it is twice as prevalent among them at it is among men. It often becomes a clinical problem for the aging woman as the trauma of childbirth, the development acute and chronic illness and the loss of estrogenic stimulation at menopause weaken pelvic support. Urinary Incontinence can be divided into two broad categories. 1) Trans urethral urinary incontinence, 2) Extra urethral incontinence. Urine loss in women can occur for many reasons congenital or acquired. Urinary incontinence after coitus is a rare case in a woman with mullerian duct agenesis (Mayer-RokiTansky-Kuster-Hauser Syndrome) so that urethra is dilated due to intercors through it.

Key Words: 1) Urinary Incontinence 2) Mullerian Duct 3) Rokitansky Syndrome 4) Urethral Dilatations

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-07]

This article is presented in congress of surgeons of Iran, 2001.

I) *Assistant professor of obstetrics and Gynicology, Shahid AkbarAbadi hospital, Molavi st., Iran University of Medical sciences and Health Services, Tehran, Iran.*